

# Vi skal passe på os selv

En diskursanalytisk undersøgelse af Sundhedsstyrelsens italesættelse af patienters selvmonitorering

**Lisbeth Kappelgaard**

*er ph.d. studerende og studieadjunkt ved Institut for kommunikation og psykologi, Aalborg Universitet. Forskningsinteressen centrerer om brugen af selvmonitorering som led i forebyggelse og behandling, herunder særligt de etiske komplikationer, som opstår, når teknologien bringes i anvendelse.*

## Abstract

Self-monitoring is increasingly used as part of treatment and prevention in the Danish healthcare system. An example may be the chronically ill individual who measures different physical fluctuations in the body, or it may be citizens with depression history who monitor their energy level or mood to increase their own awareness of a possible relapse. The technological opportunity for self-monitoring is often articulated as patient-caring – as ways individuals can help themselves. With theoretical and methodological inspiration from discourse theory, the objective of this article is to illustrate the articulations, hegemonic positions and rationales, which construct self-monitoring as self-caring.

**Keywords:** #Self-monitoring, #self-caring, #health communication, #ethics, #hegemonic positions.

## Baggrund og status

Fra politisk hold satses der i disse år massivt på selvmonitorering og andre former for inddragelse af patienten i Sundhedssystemet. Sundhedsprofessionelle efteruddannes til at agere "inddragelses-

piloter", der afholdes internationale konferencer i "shared decision making" ligesom patienter rustes til at undervise andre patienter (ViBis 2015). Som led i Finansloven 2015 blev der afsat 300 mio. kr. til patientinddragelse (Sundhedsudspil 2014). Et af de tilstræbte mål er at øge anvendelsen af selvmonitorering – det vil sige forskellige former for telemedicinske løsninger, hvor patienten overvåger sit helbred i eget hjem. Formålet er, at den viden patienten herigennem opnår om sit eget helbred, anvendes mere aktivt i behandlingen (Sundhedsudspil 2014).

Sideløbende med den politiske proces er der produceret en omfattende litteratur, der behandler forskellige selvmonitoreringsmetoders evidens i behandlingen af eksempelvis kroniske lidelser (Rosser og Eccleston 2011) og psykiske sygdomme (Torpegaard 2014, Dalum og Arnfred 2014). Ligeledes er der gjort forsøg på at kategorisere de mange forskellige teknologier, som er en del af selvmonitorerings-repertoiret (Gill, Kamath og Gill 2012 samt Obidu & Obidu 2012). I megen af denne litteratur konkluderes det, at der er evidens for disse nye teknologiers effekt, og teknologien italesættes som en mulighed for at gøre patienten til "herre over eget sygdomsforløb" (Sundhedsudspil 2014, Kappelgaard og Lund 2013, Kappelgaard og Lund 2015).

### **Hvilke betydninger artikulerer de danske sundhedsmyndigheder om selvmonitorering?**

Ærindet i denne artikel er at sætte fokus på hvilke betydninger der dannes om patienten, den sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet, når selvmonitorering italesættes af de danske sundhedsmyndigheder. Derudover er det artiklens formål at diskutere, hvorledes disse mere eller mindre fastlåste betydninger om selvmonitorering kalder på refleksion og stillingtagen omkring præmisserne for teknologiens anvendelse i vores sundhedssystem. Væsentligheden af et sådant analytisk blik ses måske klart i et tilbageblik. Historisk set er mange teknologier gennem forskellige udviklingsfaser blevet tilskrevet forskellige betydninger alt efter øjnene der ser. Således er eksempelvis ultralydsscanninger både italesat som en videnskabelig teknologi, der tilvejebringer sikker viden om fosteret, som kontrolteknologi, der forstyrrer det private forhold mellem mor og barn (Elsass og Lauritsen 2006, 196) og som en "oplevelsesteknolo-

gi" for den gravide og dennes pårørende (Huniche og Olesen 2014, 78).

Uanset om man er fortalere for eller modstander af teknologiens muligheder, er det et faktum, at dens mulighed for at se svangerskab i lyset af enten sundhed eller sygdom har haft sociale og samfundsmæssige konsekvenser, som rækker ud over selve teknologien (Verbeek 2006, 366). Muligheden for nakkefoldsscanning i svangerskabets 11. – 14. uge betyder eksempelvis, at vordende forældre tilvejebringes en sandsynlighedsberegning, der indikerer en risiko for at fosteret fødes med bestemte misdannelser (Patienthåndbogen 2014). Ud fra denne beregning kan der tages beslutning om, hvorvidt svangerskabet skal opretholdes eller afbrydes. Muligheden for scanninger har eksempelvis betydet, at antallet af borgere der fødes med Downs syndrom er stærkt reduceret. Således har scanningsteknologien indflydelse på beslutninger om liv, død og demografisk sammensætning i vores samfund, ligesom et beslutningsmandat flyttes fra sundhedsvæsen til vordende forældre.

Pointen er her, at det ikke er teknologien i sig selv, der afgør betydningsdannelserne og de samfundsmæssige og sociale konsekvenser af teknologiens anvendelse. Ser man på teknologien som anvendes til selvmonitorering, gør samme pointe sig gældende. Derfor er det væsentligt at afdække, hvilke betydninger teknologien tilskrives, så også de sociale og samfundsmæssige konsekvenser af disse specifikke tilskrevne betydninger kan italesættes. Dette er et hidtil overset perspektiv i forhold til selvmonitorering (Klauser og Albrechtslund 2014, Kappelgaard 2015, Lupton 2011, Lupton 2013)

## Metode

For at afdække de særlige betydninger, der konstruerer en bestemt fremstilling af selvmonitorering, når den italesættes af de danske sundhedsmyndigheder, vil jeg i den forestående analyse støtte mig til et begrebsapparat hentet i diskursteori, nærmere betegnet hos den engelsk-argentinske filosof Ernesto Laclau. Hovedformålet med analysen er her at "gentænke de strategiske skridt som den hegemoniske logik<sup>1</sup> forudsætter" (Laclau 2001, 9) og "belyse dialektikken mellem det, der lader sig repræsentere og det, som ikke lader sig repræsentere, hvilket er kernen i hegemoniske logikker" (Laclau 2001, 11). Når Laclau blandt andet anvender formuleringen "at gentænke de strategiske skridt" hænger det sammen med

den måde han opfatter diskurs på, hvilket jeg kort vil eksplicitere i det følgende.

Ved diskurs forstår Laclau en fastlæggelse af betydning inden for et bestemt domæne. Ifølge Laclau beror menneskelig rationalitet og adfærd på sproglige faktorer, der hele tiden ændrer sig i takt med den historiske udvikling. Derfor er det også udelukkende gennem en undersøgelse af den sproglige praksis, man kan erkende diskursive strukturer: "Social interaktion er den eneste kilde til vores verden: Vores verden kan ikke begrunde sine etiske eller samfundsmæssige principper i andet end menneskelig handlen, kamp og argumenter" (Laclau 2001, 12).

Når vi søger at erkende diskursive strukturer sker det gennem en undersøgelse af, hvordan det i udgangspunktet ikke-repræsenterbare repræsenteres – det vil sige hvordan man inden for et givent domæne etablerer en relation til tegn, der i sig selv er tomme, og dermed repræsenterer tegnenes indhold på en bestemt måde. Ifølge Laclau vil en symbolsk orden altid rumme særlige tegn, som andre tegn tvinges til at referere til og udkrystallisere sine betydninger fra. Disse tegn benævnes nodalpunkter. Begrebet hentes fra Lacan, der brugte betegnelsen "point-de-capition", der direkte oversat betyder pudeknapper (Laclau og Mouffe 2014, 99). På samme vis som pudeknappen fæstner det ydre materiale til pudens indhold, er det nodalpunktets funktion at fastholde særligt konstruerede forhold mellem tegn og indhold i den symbolske orden – at forhindre glidning i betydningerne.

Når et bestemt tegn artikuleres ind i en bestemt diskurs, reduceres antallet af mulige betydninger: "Enhver meningsproduktion, er en produktion af en forskel (...). Ethvert objekt konstituerer sig som objekt for en diskurs, det vil sige som en forskel i en kontekst af mening" (Laclau 1997, 125). I diskursen søges det flertydige tegn fastfrosset i én bestemt betydning, men det betyder ikke, at det meningsoverskud, der ikke er inkluderet i diskursen, ophører med at eksistere. Det er netop i forbindelse med diskursens forsøg på at lukke sig om sig selv, at Laclaus begreb om hegemoni skal forstås. De partielt fastlåste betydninger i diskursen kan opfattes som en slags "Principles of Reading" (Laclau 1990, 101) i den flertydige virkelighed. Begrebet hegemoni henviser til de specifikke "Principles of Reading", som har erobret en dominerende position inden for et bestemt domæne, og dermed har fastlåst bestemte betydninger el-

ler opfattelser i den sociale virkelighed. Hegemoniet er dog kun et udtryk for en konstruktion, som søges opretholdt gennem en bestemt forskel, der hviler på bestemte grundantagelser: Det er netop disse grundantagelser, Laclau benævner "logikker". For at kaste lys over disse logikker må man, ifølge Laclau, dekonstruere de hegemoniske konstellationer, som logikken hviler på.

I den følgende analyse vil jeg undersøge, hvordan der gennem sproglige processer etableres bestemte "Principles of Reading", når de danske sundhedsmyndigheder kommunikerer om selvmonitorering til såvel fagfæller, beslutningstagere i sundhedsvæsenet som patienter, og netop stille spørgsmålene: Hvilke strategiske skridt forudsætter de hegemoniske logikker? Hvilke grundantagelser opretholder konstruerede forskelle som forskelle?

## Analyse

Analysen tager udgangspunkt i to publikationer udgivet af Sundhedsstyrelsen. Begge publikationer falder inden for den kategori, Sundhedsstyrelsen benævner "faglig rådgivning". Den ene er en rapport om en kvalitativ undersøgelse af praktiserende lægers holdning til patienters selvstyrede behandling (Sundhedsstyrelsen 2012), mens den anden er en såkaldt temaavis fra en nordisk konference om egenomsorg (Sundhedsstyrelsen 2011). Den første publikation er henvendt til beslutningskompetente sundhedsprofessionelle, mens den sidste overvejende henvender sig til borgeren. I min opbygning af analysen er jeg inspireret af Niels Åkerstrøm Andersens operationalisering af Laclaus begrebsapparat (Åkerstrøm 1999), hvorfor analysen struktureres ud fra fire punkter: 1) Identifikation af nodalpunkter 2) Fokus på artikulatork praksis og hegemoniske positioner 3) Præsentation af konstruerede forskelle 4) Præsentation af logikker. Slutteligt præsenteres dét, der netop ikke præsenteres i den samlede diskurs, men som står som konkurrerende betydningsoverskud i det diskursive felt.

### 1. Identifikation af nodalpunkter

Når de danske sundhedsmyndigheder italesætter selvmonitorering anvendes ofte betegnelsen "egenomsorg". Begrebet bruges som en form for paraplybetegnelse eller overbegreb for de målinger, uddannelsestiltag og øvrige aktiviteter, der pågår, når patienten inddrages i egen behandling. Begrebet "Egenomsorg" betrag-

tes i denne sammenhæng som et væsentligt nodalpunkt, som andre betydninger udkrystalliseres fra. Egenomsorg defineres af Sundhedsstyrelsen således:

Egenomsorg (self-management) ved kronisk sygdom er en systematisk intervention rettet til patienter med kronisk sygdom. Interventionen har til formål at hjælpe dem til at deltage i monitorering af symptomer eller fysiologiske processer og / eller beslutningstagen om sygdommen og dens behandling på grundlag heraf. (Sundhedsstyrelsen 2012, 32)

Det første, som er interessant at dvæle ved, er at Sundhedsstyrelsen sætter tegnet omsorg i forbindelse med tegnet behandling. Desuden artikuleres omsorgen som en særlig slags, der både udgår fra og rettes mod personen selv; egenomsorg. I artikulationen presses andre mere kliniske betegnelser for eksempelvis læge-patient kontakt og sundhedsvæsen-aktiviteter således ud i det diskursive felt som det "ikke-repræsenterede". Ord som "undersøgelse", "konsultation", "selvmonitorering", "medicinering" ville således have en anden klang, hvis man indsatte ordet som erstatning for ordet egenomsorg i det ovenstående citat. Citatet ville stadig danne en betydning, men det ville være en anden, mere klinisk betydning. Ved netop at artikulere patientinddragelse som "egenomsorg" og som "hjælp" dannes betydninger, hvor det er mennesket frem for metoden, der sættes i centrum, og hvor sundhedsmyndigheden som afsender fremstår som et menneskeligt system, ud fra den præmis, at det er afsenderen, som vil tilvejebringe hjælpen, der i sidste ende kan tilvejebringe omsorgen.

Som det fremgår af definitionen artikuleres egenomsorgen endvidere som en "systematisk intervention". Ordet intervention stammer fra det latinske "interventio", som betyder indgreb eller indgriben. Modsat begreber som "hjælp" og "omsorg" har "systematisk intervention" ikke en hegemonisk position som noget basalt humanistisk. Betydningen af begrebet "intervention" kan variere alt efter kontekst. I en politisk kontekst kan det dække over alt fra overtalelse gennem samtale til væbnet magtanvendelse. I en medicinsk kontekst er det ikke ualmindeligt at omtale undersøgelser og behandling som interventioner (Medicinsk fagsprog 2014). Implicit i begre-



bet intervention ligger, uanset om det indgår i den ene eller anden kontekst, særligt to betydninger: For det første er en intervention en aktiv handling, hvor en part foretager en handling rettet mod nogen eller noget andet. For det andet ligger der i ordet "intervention" en implicit antagelse om, at indgriben er påkrævet og nødvendig, og at passivitet vil få alvorlige, negative konsekvenser.

## 2. Forskelsættelser

I det følgende vil jeg se nærmere på, hvorledes de betydninger som udkrystalliseres fra begreberne egenomsorg og intervention er med til at konstruere forskelle, som hviler på bestemte logikker om inddragelse af patienter i sundhedssystemet. Særligt har artikulationerne fra disse forskelsdannelser fokus på italesættelsen af patientens rolle, den sundhedsprofessionelles rolle samt den relation og opgavefordeling, som italesættes mellem disse to parter. De tre forskelle, som vil blive behandlet i det efterfølgende er: Gripe ind/Invitere, Aktiv/Passiv samt Kontakt/Kontrol.<sup>2</sup>

### Gripe ind/Invitere

Med udgangspunkt i de ovennævnte betydningsdannelser omkring begrebet intervention, vil beslutningen om en eventuel intervention blive truffet af en udenforstående tredjepart ud fra særlige interesser og/eller en kalkule om de konsekvenser, det kan have, hvis man ikke intervenserer. Den intervenerede part har ikke altid et valg i forhold til interventionen. På den måde bliver begrebet intervention det modsatte af begrebet "invitere til", som normalt er den første del af et turpar, hvor anden del i dette turpar både kan være "ja tak" såvel som "nej tak". I forhold til selvmonitoreringen artikuleres den teknologiske mulighed således ikke som en aktivitet, som patienten, i udgangspunktet, selv tager initiativet til eller som patienten har en mulighed for at vælge til eller fra. Denne tolkning underbygges endvidere af Temaavisen, hvor speciallægekonsulent Svend Juul Jørgensen fra Sundhedsstyrelsen udtaler: "Hele egenomsorgstanken bygger på adfærdpsykologiske studier, der viser at man kan flytte folk, og det mener vi, Sundhedsvæsenet er forpligtiget til" (Sundhedsstyrelsen 2011, 2). Her artikuleres således en betydning, hvor patienten er den, som skal "flyttes", mens sundhedsvæsenet er den instans, som har ansvar for, at denne "flytning" finder sted.

I ovennævnte udtalelse refereres der ikke specifikt til, hvilke adfærdspsykologiske studier, egenomsorgstankegangen bygger på, men overordnet set ligger der med referencen til denne teoretiske diskurs et hint om et stimulus/responsrelateret forhold mellem sundhedsvæsen og patient. Når der tales om at "flytte" patienten, handler det således om at påvirke med den rette stimulus. Det ligger implicit i stimulus/responstanken, at den som påfører denne stimulus også har mandat til at definere den i form, omfang etc., ligesom det ønskede output af stimulus er defineret på forhånd.

I det ovenstående citat fra Temaavisen artikuleres det desuden, at det er "Sundhedsvæsenet", der har ansvaret for "flytte folk". Selv om det er Sundhedsstyrelsen, der er afsender af Temaavisen, placeres ansvaret bredere end inden for denne beslutningsmyndighed; nemlig tillige hos de sundhedsprofessionelle, der ansvarliggøres for at påføre stimuli som en del af deres faglighed. Gennem forskelsdannelsen gribe ind/invitere konstrueres således en rollefordeling og et magtforhold, hvor det menneske, som "egenomsorgen" rettes mod, ikke umiddelbart synes at have samme beslutningskompetence som de øvrige aktører, der er involverede i omsorgsaktiviteterne. Netop spørgsmål om beslutningskompetencer leder videre til endnu en forskel, nemlig forskellen Kontakt/Kontrol.

### **Kontakt/Kontrol**

Hvorvidt de sundhedsprofessionelle opfattes som beslutningskompetente i forhold til form og omfang af den pågældende stimulus, synes problematiseret i Sundhedsstyrelsens kvalitative undersøgelser blandt praksislæger og sygeplejersker, hvoraf det fremgår at:

Sammenstillet med udtalelser fra patienter synes de skeptiske holdninger fra lægerne til patienternes motivation at bunde i en manglende forståelse for, at selvstyret behandling kan opfylde patienternes behov for tryghed i endnu højere grad end besøg hos lægen samt til dels et manglende kendskab til den forbedrede behandlingseffekt. (Sundhedsstyrelsen 2012, 28)

Den udtalte skepsis blandt de sundhedsprofessionelle begrundes således fra Sundhedsstyrelsens side med manglende forståelse og kendskab. Til gengæld artikuleres der i samme rapport to alternati-



ve forklaringer på, hvorfor praksislægerne ønsker at holde fast i konsultationsformen frem for selvstyret behandling. Den ene forklaring italesættes som lægernes oplevelse af "tab af indtægt ved selvstyret behandling samt en opfattelse af, at de uretfærdigt mister deres patienter" (Sundhedsstyrelsen 2012, 30) Den anden forklaring formuleres således:

Beretningen fra lægen, der booker patienter til regelmæssige konsultationer, selv om der ikke er noget presserende i vejen med dem, og udtalelserne om, at visse patienter ikke ønsker færre lægebesøg, kan dog også ses fra en anden vinkel. De kan give en forståelse for, at et lægebesøg også er en social relation, som handler om mere end sygdom. Det handler om lidelse og patientens livssituation. Udtalelsen fra behandleren henleder opmærksomheden på, at lægen ikke kun har en rolle som behandler men også en social rolle i samfundet. Lægen og sygeplejersken er måske de eneste, der kender patientens personlige liv, og de er samtidig legitime at henvende sig til med "sjælesorg" i et sekulariseret samfund. (Sundhedsstyrelsen 2012, 28)

I ovenstående citat artikuleres en rolle for den sundhedsprofessionelle, i hvert fald praksislægen, som en fagperson, der snarere er samtaleressource, sjælesørger og social relation end diagnosestiller og behandler. Desuden artikuleres de regelmæssige konsultationer som møder, der fastsættes på lægens initiativ, "lægen booker", snarere end patienten ud fra hans eller hendes helbredsmæssige behov. Den lægelige konsultation og lægens rolle konstrueres dermed som noget, der handler om andet end behandling af patientens lidelse. Desuden præsenteres ovenstående citat under overskriften "Lægernes holdninger til hvad der er bedst for patienten, passer ikke altid med egenbehandling". Lægernes italesættelser repræsenteres dermed ikke som "viden" eller "fakta", men som et individuelt perspektiv – holdninger kan diskuteres i modsætning til eksempelvis fakta.

Mens lægens rolle som behandler og diagnosestiller ændres til at være eksempelvis sjælesørger og samtalepartner, italesættes patienten som eksempelvis "ekspert" og "plejedesigner" med sidestillede

faglige kompetencer i forhold til lægen. I Temaavisen udtaler en gigtpatient og plejedesigner således at: "Det har også vist sig, at patienternes egne undersøgelser af deres led med tiden bliver lige så gode som lægens, ligesom den [forskningen på området] viser, at velinformerede og involverede patienter får bedre behandlingseffekt og resultat af deres rehabilitering." (Sundhedsstyrelsen 2011, 4). Samtidig artikulerer samme gigtpatient betydninger om den relation og ydelse, patienten optimalt set har til og får fra lægen:

Der er tale om en kulturbarriere, der skal overkommes, for mange personer i sundhedsvæsenet har stadig den holdning, at lægen passer sine ting og patienten passer sine. De er ikke vant til at blande sig i hinandens ting. Men de, der har forstået det, finder ud af, at de rent faktisk kan bruge konsultationerne nu til at tale med deres patienter i stedet for at bruge tid på kontrol og rutineting. (Sundhedsstyrelsen 2012, 4)

Der konstrueres således en forskel, hvor kontrol står overfor kontakt, og hvor grundantagelsen, der opretholder forskellen er, at den traditionelle rolle- og opgavefordeling mellem læge og patient blokerer for såvel optimal behandlingseffekt som for patientens behov for at have lægen som samtalepartner. Grundantagelsen er således her, at hvis vi ønsker et sundhedsvæsen med omsorg og kontakt, må det indebære at sundhedspersonalet flytter sig i sin faglige optik – at de accepterer en anden måde at tilgå patienterne på.

### **Aktiv/Passiv**

Som tidligere nævnt ligger der implicit i artikulationerne om den systematiske intervention en antagelse om, at man gennem bestemte handlinger kan forhindre forud kalkulerede negative konsekvenser. Der artikuleres således forskellen aktiv/passiv, hvor det at forholde sig aktivt til sin sygdom gennem deltagelse i egenomsorgsaktiviteterne er den præfererede side af forskellen. Samtidig bliver dét, at man ikke er "egenomsorgsfuld" gennem selvmonitorering, artikuleret som at forholde sig passivt til sin sygdom, hvilket næsten sidestilles med, at man som patient bidrager til, at de dis-præfererede mulige konsekvenser bliver en realitet. Patienten animeres gennem denne artikulatoriske praksis til at tage an-

svar gennem informationssøgning og engagement i sin sygdom. I Temaavisen udtaler en patient således at: "Baggrunden er, at jo flere data patienten har og følger med i vedrørende deres egen sygdom, jo mere motiverede bliver de til at tage hånd om sig selv og går ikke bare til lægen og forventer, at han skal gøre et eller andet" (Sundhedsstyrelsen 2011 s. 4). Det aktive engagement artikuleres som en positiv tildeling af ansvar med mindst to positive sideeffekter: For det første en bedre behandlingseffekt og for det andet en frisættelse fra læge- og sygehus besøg, der italesættes som "et ret stort indgreb i folks dagligdag".

### **3. Logikker om den sundhedsprofessionelle, patienten og Sundhedsvæsenet**

Som det er fremgået af ovenstående analyse, konstrueres der gennem Sundhedsstyrelsens italesættelse af selvmonitorering en række betydninger om fremtidens ideelle sundhedssystem – og ikke mindst om, hvorledes patienterne og de sundhedsprofessionelle skal udfylde bestemte roller, opgaver og indgå i relation til hinanden på en særlig måde. Det italesatte udgangspunkt er, at begge parter må flytte sig, ændre adfærd og holdninger, hvis vi skal bevæge os i retning af et sundhedsvæsen med omsorg og kontakt mellem patienter og sundhedsprofessionelle, hvor behandlingseffekten maksimeres. I det følgende fokuseres på de specifikke roller, som italesættes gennem de præsenterede forskelssættelser samt de logikker, der opretholder forskellene.

#### **Patienten**

For patientens vedkommende handler dét at flytte sig om at være aktiv gennem informationsøgning. Logikken er, at der er kausaleffekt mellem patientens viden og behandlingens effekt. Viden, herunder særligt det at være motiveret til at søge viden, bliver således et inklusionskriterium (Evron 2014). Patienten er, under forudsætning af en tilstrækkelig indsigt i egen lidelse, den der er ekspert på egen sygdom. Desuden artikuleres betydningen, at viden skaber engagement og frihed fra tidskrævende besøg hos lægen, der artikuleres som et indgreb i patientens hverdag. Logikken er altså, at egenomsorgen frisætter patienten fra et hidtil eksisterende afhængighedsforhold til sundhedssystemet, men at patienten selv må kvalificere sig til at blive frisat (Rose 2009, Rose 2014). Der er en

opfattelse af, at spørgsmålet om sundhed er noget, patienten selv har ejerskabet og ideoende ressourcer til – at "sundhed sidder mellem ørerne" (Andersen 2002).

### **Den sundhedsprofessionelle**

I forhold til den sundhedsprofessionelle konstrueres den ønskede rolle med afsæt i forskelsdannelsen kontrol/kontakt. Forskellen opretholdes af en logik om, at færre kontroller frigiver ressourcer til kontakt med patienten. Der artikuleres således en rolle for lægen, hvor han eller hun frigøres fra rollen som klinisk ekspert til en mere humanistisk orienteret samtalepartner og sjælesørger. Motivatorrollen gøres desuden til en del af den sundhedsprofessionelles faglighed (Evron 2014). Samtidig italesætter begge publikationer, at de sundhedsprofessionelles nuværende faglige tilgang kan opfattes som en barriere for at praktisere egenomsorg ud fra de opstillede ønsker om rolle- og opgavefordeling. Lægens eventuelle negative holdning til selvstyret behandling artikuleres som manglende forståelse og indsigt samt et misforstået patienthensyn. Desuden nævnes også økonomi som et parameter for lægens stillingtagen – herved forstås at lægen mister indtægt i sin praksis, hvis antallet af konsultationer falder, og at dette forhold i sig selv kan være lægens anledning til ikke at ville animere til at patienterne behandler sig selv.

### **4. Refleksioner over det ikke-repræsenterede**

En væsentlig pointe i den anvendte diskursive analysestrategi er, at have blik for både det, som repræsenteres, og det, som ikke repræsenteres inden for et givent domæne. Derfor vil jeg i det følgende perspektivere nogle af de temaer og problematikker, som netop ikke italesættes, når Sundhedsstyrelsen konstruerer det ovenfor beskrevne billede af sundhedssystemet, sundhedsprofessionelle og patienter.

Gennem begge publikationer artikuleres patientens ansvar for egenbehandling som en positiv tildeling. Der er således ikke tale om, at noget tages fra patienten – tværtimod. Det berøres ikke i de artikulerede betydninger, at der kan være patientgrupper, som ikke kan eller måske ikke vil tildeles dette ansvar, men som foretrækker at være i kontakt med lægen. Flere undersøgelser blandt selvmonitorerende hjertepatienter har eksempelvis peget på, at det at moni-

torere sig selv kan være slidsomt og deprimerende, fordi man konstant mindes om sin lidelse (Oudshoorn 2011), ligesom data, som udvikler sig i en negativ retning, kan føre til stigende og måske unødvendig bekymring hos patienten (Hunich et al 2013). I sådanne tilfælde vil det være vanskeligt at forestille sig, at selvmonitorering er omsorgsfuldt eller frisættende. Et spørgsmål som i denne forbindelse kunne være relevant at stille er, hvorvidt man som patient er fri til at vælge selvmonitorering fra og under hvilke betingelser, man eventuelt skal kunne gøre det?

Som det er fremgået, anskues viden og engagement som et inklusionskriterium. Hvad der ikke italesættes er, hvad vi stiller op med de "uengagerede" og de "dumme". Hvordan forholder vi os som sundhedsprofessionelle eller som samfund til patienter, der ikke ønsker eller ikke evner at forholde sig til egen sygdom?

Slutteligt repræsenteres ikke de eventuelle lægefagligt legitime grunde, som sundhedspersonalet kan have til at fravælge egenbehandling blandt bestemte patientgrupper. Fraværet af nuancering af spørgsmålene om, hvem der kan profitere af egenomsorgsaktiviteter og hvem, der såvel i forhold til trivsel som behandlingskvalitet er bedst stillet ved at konsultere lægen, kalder på refleksioner i forhold til omfang og anvendelse.

På hjemmesiden for ViBIS (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet), som er etableret i 2011 af paraplyorganisationen Danske Patienter, fremgår det at:

Der findes i dag ikke en klar og almen accepteret definition af individuel eller organisatorisk brugerinddragelse hverken på nationalt eller internationalt plan. Der er derfor både i den politiske retorik og i den faglige praksis en række meget forskellige fortolkninger af, hvad brugerinddragende indsatser kan rumme. (ViBIS 2015)

Netop derfor synes det særdeles relevant, at vi som samfund går rundt om spørgsmål som: Hvornår og blandt hvem er det rigtigt og godt at anvende selvmonitorering? Hvilke kriterier lægges til grund for en sådan vurdering og hvem bør foretage den?

## Referencer

- Andersen, Niels Åkerstrøm 1999. *Diskursive Analysestrategier*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne. (Åkerstrøm 1999)
- Andersen, Svend. 2002. *Sundhed sidder mellem ørerne*. Hornslet: Limosa. (Andersen 2002)
- Dalum, Anette Ellegaard og Arnfred, Sisse. 2014. »Smartphone-apps som nye psykiatrisk behandlingstiltag«. *Ugeskrift for læger* 176,17:1577-1580. (Dalum og Arnfred 2014)
- Elsass, P. og Lauritsen, P. 2006. *Humanistisk Sundhedsforskning – teori, metode og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag. (Elsass og Lauritsen 2006)
- Evron, Lotte. 2014. *Egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse – et feltstudie med diskursanalyse*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag. (Evron 2014)
- Gill, P. S., Kamath, A. og Gill, T. S. 2012. »Distraction: An assessment of smartphone usage in health care work settings«. *Risk Management and Healthcare policy* 5:105-114. (Gill, Kamath og Gill 2012)
- Huniche, L., Dinesen, B., Nielsen C., Grann, O. og Toft, E. 2013. »Patients' use of self-monitored readings for managing everyday life with COPD: A qualitative study«. *Telemedicine and e-Health* 19,5:396-402. (Huniche et al. 2013)
- Huniche, L. og Olesen, F. 2014. *Teknologi i sundhedspraksis*. København: Munksgaard. (Huniche og Olesen 2014)
- Kappelgaard, Lisbeth og Lund, Katja. 2013. »Ecological Momentary Storytelling: Bringing down Organizational Stress through Qualifying Work Life Stories«. In: Dylan D. Schmorow og Cali M. Fidopiastis (eds.): *Foundations of Augmented Cognition: 7th International Conference (Lecture Notes in Computer Science 8027)*. Berlin: Springer, 572-581. (Kappelgaard og Lund 2013)
- Kappelgaard, Lisbeth. 2015. »Det monitorerede mig – empowerment eller patologisering«. *Etikk i Praksis. Nordic Journal of Applied Ethics* 9,1:37-54. (Kappelgaard 2015)
- Kappelgaard, Lisbeth og Lund, Katja. 2015. *Er min Hovedpine min hovedpine? - om selvmonitorering og reflektive dialoger som led i forebyggelse og af-individualisering af arbejdsrelateret stress*. Sammenhænge i sundhedskommunikation. red. / Søren Frimann; Mariann B. Sørensen; Helle S. Wentzer. Vol. 1 1. udg. Aalborg : Aalborg Universitetsforlag (Kappelgaard og Lund 2015)



- Klauser, F. R. og Abrechtslund, A., 2014. »From selftracking to smart urban infrastructures: Towards an interdisciplinary research agenda on Big Data«. *Surveillance & Society* 12,2:273-286. (Klauser og Abrechtslund 2014)
- Ernesto Laclau. 1990. *New Reflections on the Revolution of Our Time*. London: Verso. (Laclau 1990)
- Laclau, Ernesto. 1997. »Populistisk brud og diskurs«. In: Carsten Jensen (ed.): *Demokrati & Hegemoni*. København: Akademisk Forlag, 123-134 [1980]. (Laclau 1997)
- Laclau, Ernesto. 2001. »Theory Democracy and the left: An interview with Ernesto Laclau«. *Umbr@: A Journal of the Unconscious* 2001:7-27. (Laclau 2001)
- Laclau, Ernesto og Mouffe, Chantal. 2014. *Hegemony and Socialist Strategy Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso. (Laclau og Mouffe 2014)
- Lupton, Deborah. 2011. »M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society«. *Social Theory & Health* 10:229-244. (Lupton 2011)
- Lupton, Deborah. 2013. »The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era«. *Social Theory & Health* 11:256-270. (Lupton 2013)
- Medicinsk Fagsprog 2. 2014. København: Munksgaard. (Medicinsk fagsprog 2014)
- Obidu, V. & Obidu, E. 2012. »An Empirical Review of the Top 500 Medical Apps in a European Android Marke«. *Journal MTM* 1,4:22-37. (Obidu og Obidu 2012)
- Oudshoorn, N. 2011. *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*. Houndsmill: Palgrave Macmillan. (Oudshoorn 2011)
- Rose, N. 2009. *Livets politik – biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag. (Rose 2009)
- Rose, N. 2014. *From Risk to Resilience: Responsible citizens for uncertain times*. Lecture, University of Melbourne, august 2014. (Rose 2014)
- Rosser, B.A. og Eccleston, C. 2011. »Smartphone applications for pain management«. *Journal of Telemedicine and Telecare* 17,6:308-312. (Rosser og Eccleston 2011)
- Sundhedsstyrelsen. 2011. *Egenomsorg ved kronisk sygdom – Tema-avis fra nordisk konference om egenomsorg*. Sundhedsstyrelsen. (Sundhedsstyrelsen 2011)

- Sundhedsstyrelsen 2012. *Hvad mener behandlere om selvstyret behandling? – kvalitativ undersøgelse af holdninger blandt læger og sygeplejersker til kroniske syge patienters egenbehandling og selvmonitorering*. Sundhedsstyrelsen. (Sundhedsstyrelsen 2012)
- Sundhedsudspil - Jo før jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Regeringen 2014. (Sundhedsudspil 2014)
- Torpegaard, H. 2014. »Psykiater udvikler app mod panikangst«. *Dagens Medicin* 28.08.14. (Torpegaard 2014)
- Verbeek, P.P. 2006. »Materializing Morality – Design Ethics and Technological Mediation«. *Science, Technology & Human Values* 31,3:361-380. (Verbeek 2006)
- Patienthåndbogen. <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/graviditet/undersogelser/nakkefoldsskanning/>. Tilgået 23.06.15. (Patienthåndbogen 2014)
- VIBIS – Videnscenter for brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. 2015. [www.vibis.dk](http://www.vibis.dk). Tilgået 23.06.15. (Vibis 2015)

## Notes

- 1 En grundantagelse hos Laclau er, at nogle betydningsdannelser til nogle tider og i nogle kontekster har forrang for andre – de har indtaget en hegemonisk position, hvor bestemte betydninger er partielt fastlåste som den dominerende måde at anskue et domæne eller fænomen på. Inspirationen til hegemonibegrebet hentes hos Gramsci. Dog mener Laclau ikke at kampen om det sociale kan reduceres til anliggender om økonomiske eller klassemæssige skel. I Laclaus anvendelse af hegemonibegrebet henvises der således til socialt overherredømme i mere bred forstand. Ifølge Laclau er der intet på forhånd givet om hvilke idéer, ideologier eller logikker, der indtager en overherredømmeposition. Dette afgøres gennem artikulatørisk praksis.
- 2 De tre præsenterede forskelle, som jeg har valgt at rette fokus mod i analysen, er blevet etableret ud fra en hyppig italesættelse af begreberne i forskellens venstre side. "Gribe ind", "aktiv" og "kontakt" betragtes således i denne sammenhæng som nodalpunkter, hvorfra der udkrystalliseres bestemte betydninger, som jeg har vurderet er væsentlige at belyse for at indkredse den diskurs som produceres. Man vil naturligvis altid kunne diskutere det begreb som sættes ind som forskellens højre side – og identifikationen af nodalpunkter i det hele taget.